

Des Péritonites séreuses enkystées dans le Pelvis

Fausse distensions tubaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PALIARD

né à LYON (Rhône) le 1^{er} Avril 1901



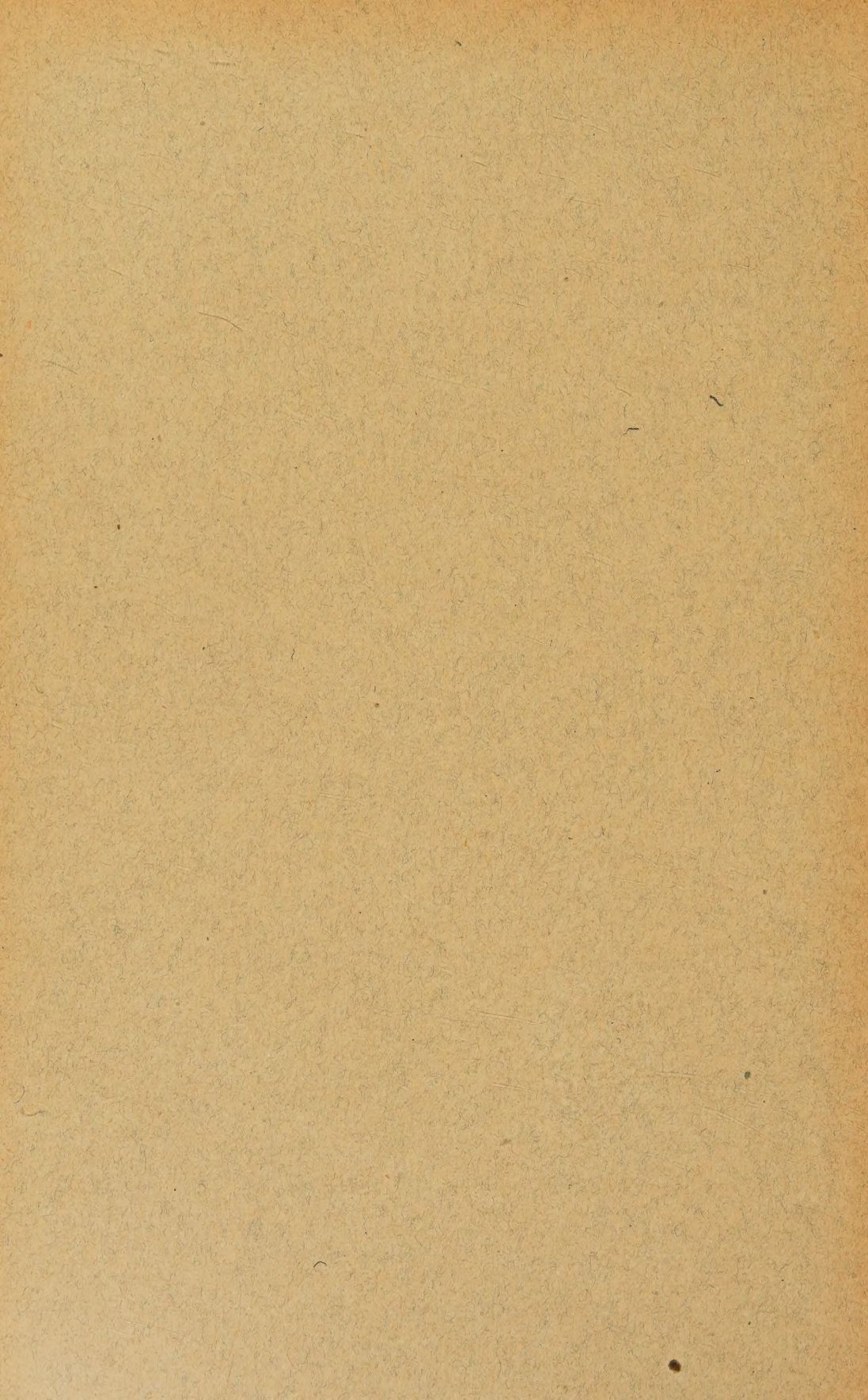
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924



DES PÉRITONITES SÉREUSES
ENKYSTÉES DANS LE PELVIS

Fausses Distensions tubaires.

Des Péritonites séreuses enkystées dans le Pelvis

Fausse distensions tubaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PALIARD

né à LYON (Rhône) le 1^{er} Avril 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNEN
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEIL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIG.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARNIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, président ; CADE, assesseur ;
COTTE et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR FÉLIX PALIARD

Ancien Interne des Hôpitaux

Ex-Chef de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu

Avec toute mon affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD
Professeur de Clinique Gynécologique à l'Université de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON JURY DE THÈSE

AVANT - PROPOS

A la veille de soutenir cette thèse, nous considérons comme un devoir de venir remercier tous ceux qui se sont intéressés à nos études médicales.

Nos remerciements s'adressent tout d'abord à M. le Professeur E. Villard qui nous a inspiré ce travail; nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'accueil toujours bienveillant qu'il a bien voulu nous réserver. Hypo, puis secrétaire dans son service, nous avons pu largement profiter de son enseignement clinique qui restera à la base de notre formation médicale.

Nous tenons à ne pas oublier ceux qui furent successivement nos maîtres pendant trois années d'externat : MM. Desgouttes, Laroyenne, Dumas, Villard, Roque, Bouchut, Plauchu. Qu'ils veuillent bien accepter l'assurance de notre vive gratitude.

Il nous reste à remercier ceux qui nous ont aidé pour cette thèse, particulièrement le Professeur Condamin et le Docteur Louis Bonnet qui ont bien voulu mettre leurs travaux à notre disposition.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES PÉRITONITES SÉREUSES ENKYSTÉES DANS LE PELVIS

Faussees Distensions tubaires.

INTRODUCTION

L'inflammation du péritoine pelvien est extrêmement fréquente chez la femme; aussi les pelvi-péritonites tiennent-elles une place prépondérante en gynécologie. Nous avons l'intention dans ce travail d'étudier une variété spéciale de pelvi-péritonite sur laquelle le Professeur Villard attirera notre attention et qui présente un intérêt tout particulier au triple point de vue anatomique, clinique et thérapeutique.

Il est banal au cours d'une laparotomie pour affection annexielle de rencontrer des poches de péritonite séreuse enkystées dans le pelvis, contiguës avec d'autres poches purulentes, en rapport avec des annexes présentant des lésions très avancées. Là n'est pas du tout l'objet de notre travail. Voici, au contraire, les caractères principaux des pelvi-péritonites que nous allons étudier: *péritonite séreuse enkystée autour d'une trompe non oblitérée présentant des lésions inflammatoires légères. Tableau clinique impressionnant rappelant celui des distensions tubaires. Evolution bénigne par résorption rapide de la poche sous l'influence du traitement médical.*

Ce n'est pas sans raisons que nous appelons ces péritonites de fausses distensions tubaires, car leur symptomatologie se superpose presque exactement. Mais tandis qu'une distension tubaire réclame une intervention chirurgicale, l'abstention opératoire est de mise dans ces péritonites séreuses. L'on voit donc l'intérêt de la question et les erreurs auxquelles on s'expose si on la méconnaît:

C'est ainsi que la première malade qui attira l'attention du Professeur Villard présentait une collection dans le Douglas diagnostiquée salpingite suppurée et pour laquelle il pratiqua une colpotomie; contrairement à son attente, celle-ci ne donna issue qu'à du liquide séreux et la trompe en rapport avec la poche ne présentait qu'une inflammation légère sans oblitération de son pavillon (voir observation n° 4). D'autres fois, croyant à une distension tubaire, l'on pose à tort une indication opératoire et la malade, pour une raison quelconque, a l'heureuse inspiration de refuser l'intervention: l'on est étonné au bout de quelques jours de repos de tout voir rentrer dans l'ordre. C'est à la suite de ces constatations que M. Villard est arrivé à dégager parmi les nombreuses formes de pelvi-péritonite cette forme qui présente une physionomie bien spéciale et qui semble assez peu connue des gynécologues.

Nous avons été frappé, en effet, en consultant les traités et les revues de gynécologie de la pénurie de travaux sur cette variété de péritonite. L'on en trouve de très bonnes descriptions anatomiques, mais l'on semble en ignorer les principaux caractères cli-

niques, leur difficulté de diagnostic, leur bénignité. Nous citerons les travaux lyonnais de Laroyenne, puis de Condamin que l'on trouvera exposés dans la thèse de Louis Bonnet (1894) sur « *les salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et leur traitement par la voie vaginale* ». L'on y trouve une description précise d'une affection consistant essentiellement en une collection pelvi-péritonéale contenant un liquide séreux ou purulent, au sein duquel baignent des annexes abcédées ou non, mais toujours pathologiques. Ces auteurs ont eu le mérite de voir que parmi les péritonites pelviennes compliquant des lésions annexielles, il en est qui sont formées par une poche séreuse enkystée autour d'une trompe peu pathologique, mais ils n'ont pas montré les signes cliniques spéciaux, la thérapeutique toute particulière de cette forme que nous nous proposons d'étudier.

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie. - Etiologie. Anatomie pathologique.

Pathogénie.

La pathogénie de ces pelvi-péritonites séreuses enkystées est très aisée à comprendre; nous étudierons successivement le mécanisme de l'infection péritonéale, c'est-à-dire la voie suivie par l'agent microbien, puis nous verrons dans quelles conditions cet agent microbien peut donner une péritonite séreuse et enkystée.

A). VOIE SUIVIE PAR L'AGENT MICROBIEN.

Cette péritonite est toujours d'origine génitale et l'agent microbien suit toujours la *voie muqueuse ascendante*. Il faut se rappeler que les voies génitales de la femme, en raison de leur constitution anatomique, sont un danger constant pour la cavité périto-

néale. En effet, il existe une véritable perforation anatomique au niveau du pavillon tubaire, et si physiologiquement ce pavillon doit se contenter de recevoir les ovules ovariens, pathologiquement, lorsqu'il y a infection des voies génitales inférieures, cette infection peut remonter la muqueuse utérine, puis la muqueuse tubaire et, de là, le pavillon pour se déverser ensuite dans la cavité péritonéale. C'est précisément ce qui se produit dans les péritonites que nous étudions; mais pour que le dernier stade d'atteinte péritonéale directe soit possible, il faut évidemment que *le pavillon de la trompe soit perméable*; et cela, comme nous le verrons, a une grande importance anatomique et clinique: au point de vue anatomique, l'on ne rencontrera ces péritonites que lorsque les lésions de la trompe sont minimales, lorsque la salpingite n'a pas encore atteint le stade d'oblitération; au point de vue clinique, d'autre part, une telle affection ne se rencontre que chez des femmes jeunes ne présentant pas les signes d'une salpingite ancienne, n'ayant pas de passé génital.

B). DANS QUELLES CONDITIONS CET AGENT MICROBIEN
PEUT-IL DONNER UNE PÉRITONITE SÉRIEUSE ET ENKYSTÉE ?

Un fait est connu depuis longtemps: c'est que l'intensité et la gravité d'une péritonite sont en rapport étroit avec l'intensité et la gravité de l'infection qui l'a provoquée, avec la virulence du microbe pathogène.

1° Si l'infection est grave, si le microbe pathogène est très virulent, l'on aura d'emblée une péritonite généralisée purulente ou non; c'est le cas, pour citer un exemple de péritonite présentant une pathogénie analogue à celle que nous étudions, de certaines péritonites puerpérales dans lesquelles un streptocoque très virulent s'est déversé directement dans la cavité péritonéale par l'intermédiaire du pavillon tubaire.

2° Si l'infection est moins grave, si le microbe pathogène est moins virulent, l'on aura une péritonite purulente et enkystée, de constatation courante en gynécologie.

3° Que l'infection soit légère, que le microbe pathogène soit peu virulent, et nous pourrions avoir alors une péritonite séreuse et enkystée. Ceci est de grande importance pour la compréhension exacte de la nature des péritonites que nous étudions: en effet, ce n'est que dans les cas d'*infection légère* que nous les rencontrerons, et c'est d'ailleurs ce que nous allons voir de plus près dans l'étiologie.

Etiologie.

En pratique, l'on peut dire que les péritonites séreuses enkystées dans le pelvis sont presque toujours d'*origine gonococcique*. Pourquoi le gonocoque en est-il le microbe de prédilection? C'est que, indépendamment du rôle prépondérant qu'il joue dans l'étiolo-

logie de toutes les infections génitales, il peut remplir toutes les conditions que nous venons d'étudier dans la pathogénie:

1° L'on sait, en effet, la facilité avec laquelle le gonocoque remonte le cours des voies génitales, aussi bien chez l'homme d'ailleurs que chez la femme; il gagne aussi aisément la trompe que le canal déférent; *l'ascension tubaire est analogue à l'ascension déférentielle*, et l'on peut dire ainsi que la blennorragie tombe aussi facilement dans le péritoine de la femme que dans les bourses de l'homme.

2° D'autre part, il est fréquent de voir des infections gonococciques très atténuées, or nous savons que c'est là une des conditions essentielles de la formation des péritonites séreuses enkystées. Ces gonococcies atténuées s'expliquent de façon diverses, comme nous l'enseigne la pathologie générale: il s'agit soit d'un microbe en lui-même peu virulent, soit d'une réaction de défense particulière du sujet atteint, qui modère sans enrayer complètement la gravité de l'infection.

Le gonocoque est donc l'agent microbien habituel des pelvi-péritonites séreuses enkystées. Il fait une péritonite, comme il fait une synovite, une arthrite. Ceci nous explique qu'en clinique l'on rencontre presque constamment dans les antécédents de la malade les signes plus ou moins complets, plus ou moins avoués d'une blennorragie aiguë récente.

Il est bien exceptionnel de rencontrer des pelvi-péritonites séreuses enkystées d'origine non gonococ-

cique. Le streptocoque ne paraît pas devoir être incriminé; nous avons, en effet, feuilleté de nombreuses observations de péritonites pelviennes d'origine puerpérale et nous n'en avons trouvé aucune se rapprochant nettement de celles que nous étudions. Ceci tient évidemment à ce que le streptocoque est un microbe trop virulent pour donner une infection si atténuée; il donne d'emblée du pus, ou du moins la phase de péritonite séreuse est extrêmement brève et sans intérêt clinique et thérapeutique.

Anatomie pathologique.

Il est difficile de donner une bonne description anatomopathologique de la variété de pelvi-péritonite que nous étudions. Il faudrait, en effet, pour être précis, avoir les pièces en mains, ou du moins avoir eu plusieurs occasions d'en rencontrer et d'en examiner les lésions au cours de laparotomie. Mais cette dernière éventualité est rare; ce chapitre sera donc nécessairement un peu théorique, nous nous en excusons, mais il aidera à mieux comprendre le côté clinique de la question; toutefois, l'on trouvera parmi les observations que nous publions à la fin de ce travail le cas d'une malade opérée et chez laquelle on constata à l'intervention les lésions que nous allons décrire (voir observ. n° VI). De plus les lésions de la trompe ont pu être examinées directement par M. Villard chez une autre malade traitée par colpoto-

mie et dont nous rapportons également l'observation (voir n° IV).

Voici résumés rapidement les principaux caractères anatomo-pathologiques de ces pelvi-péritonites: *collection péritonéale à contenu séreux, de volume variable, enkystée dans le pelvis autour d'une trompe non oblitérée présentant de légères lésions inflammatoires*. Nous aurons donc à examiner successivement: la poche enkystée, son contenu liquide, la trompe pathologique.

Voyons d'abord la poche; elle occupe dans la cavité pelvienne une place variable, mais on la rencontre de préférence dans le cul-de-sac rétro-utérin. L'on sait d'ailleurs que le Douglas est le siège de prédilection de toutes les collections pelviennes, quelle que soit leur nature, pus, sérosité ou sang: c'est, en effet, le point déclive du petit bassin où tout liquide intrapéritonéal aura tendance à s'accumuler. D'autre part, les annexes, en raison de leur extrême mobilité y sont fréquemment prolabées. Mais, de plus, le Douglas, en raison de sa constitution anatomique, est très favorable à l'enkystement des collections qui le remplissent: limité en arrière par le rectum, en avant par la face postérieure de l'utérus, latéralement par les ailerons utéro-sacrés, il ne lui manque qu'un plafond pour former une loge nettement isolée de la grande cavité péritonéale. Nous comprenons donc pour toutes ces raisons que l'on rencontre en général ces poches séreuses dans le cul-de-sac rétro-utérin.

Une fois la péritonite déclarée, une fois la poche constituée, voyons comment elle se présente dans le

Douglas: son volume est variable, mais atteint en général celui d'une mandarine ou d'une petite orange; l'on a rarement l'occasion d'observer de très grosses collections. Assez régulièrement sphérique, la tumeur liquide bombe plus ou moins en bas dans le cul-de-sac vaginal, déborde plus ou moins en haut le pôle supérieur de l'utérus; elle peut être soit franchement médiane, soit déplacée un peu latéralement du côté de la trompe qui en a été le point de départ. Le corps utérin, lorsque la collection est médiane, garde sa situation sagittale, mais est souvent basculé en avant, son fond venant s'appliquer derrière le pubis; plus rarement, lorsque la collection est très basse, l'utérus peut être attiré en haut, au niveau de la face antéro-supérieure de la collection. Lorsque la poche occupe une situation un peu latérale, il va de soi que l'utérus, à son tour, est légèrement dévié du côté opposé.

Voyons, maintenant, comment sont constituées les parois de cette collection enkystée dans le Douglas: en bas c'est le péritoine du cul-de-sac lui-même qui constitue la paroi inférieure ou plancher. La paroi postérieure est formée par le feuillet péritonéal qui recouvre le rectum et médiatement, par conséquent, par cet organe lui-même. La paroi antérieure répond à la face postérieure du corps utérin recouvert lui aussi de son feuillet péritonéal. Les parois latérales sont constituées par les plis falciformes que le péritoine fournit aux ligaments utéro-sacrés et par des brides qui partent de ces plis vers la paroi supérieure qu'il nous reste à étudier. Celle-ci est en somme la seule des parois de la poche qui ne puisse être em-

pruntée au Douglas; mais l'on sait que des anses intestinales, en général le colon pelvien et son méso, viennent plus ou moins prolaber à l'intérieur du cul-de-sac, et cela indépendamment de toute inflammation péritonéale; c'est précisément aux dépens du péritoine du colon pelvien et de son méso que va se constituer la paroi supérieure de notre poche, et l'on aura ainsi un véritable dôme renforcé par des productions néo-membraneuses, dôme qui va nettement isoler la poche enkystée de la grande cavité péritonéale.

Ainsi donc, péritoine du cul-de-sac de Douglas, péritoine recouvrant le rectum et cet organe lui-même, replis péritonéaux recouvrant les ligaments utéro-sacrés, brides, néo-membranes, anses intertinales, telles sont les parties constituant de la poche séreuse enkystée dans le Douglas.

Mais nous savons que l'on peut rencontrer ces collections en d'autres points, ce qui tient surtout à la situation variée que peuvent occuper les annexes. Louis Bonnet, dans sa thèse, après avoir nommé le Douglas comme le lieu de prédilection de ces poches péritonéales, reconnaît deux autres points où on les rencontre assez fréquemment: la fossette rétro-ovarienne et la fossette para-vésicale. D'ailleurs, les lésions qui s'y développent seront absolument analogues à celles que nous venons d'étudier. Il n'y aura de changé, en somme, que la région qu'elles occupent. Quant à leur mode de constitution, il sera toujours identique. En haut, le plafond sera toujours formé par des anses intestinales agglutinées entre elles et

par des néo-membranes. Il en sera de même d'une partie des parois latérales. En bas, la paroi du kyste sera toujours le péritoine plus ou moins recouvert de fausses membranes et ses limites seront les limites mêmes de la nouvelle fossette. S'agit-il de la fossette para-vésicale, la collection sera limitée en dedans par la face externe de la vessie, en arrière par la face antérieure du ligament large, en dehors par le repli péritonéal qui soulève le ligament rond, ainsi que par la paroi du bassin. S'agit-il, au contraire, de la fossette rétro-ovarienne, la cloison antérieure sera formée par la face postérieure du ligament large, la cloison latérale par les bords du rectum et les ligaments utéro- sacrés. Quant aux limites postérieures et externes, elles seront formées par le péritoine qui recouvre les organes contenus dans ce qu'on appelle en obstétrique les sinus latéraux du bassin. Ces collections siégeant latéralement sur un des côtés de l'utérus, vont repousser plus ou moins celui-ci du côté opposé, et vont lui donner une nouvelle position variable avec le volume et la situation exacte de la collection.

Nous tenons, d'ailleurs, à faire remarquer que les limites que nous venons de tracer à ces divers foyers possibles de péritonite sont loin d'être toujours aussi précises. Pour la commodité de la description, nous avons supposé que le siège de ces collections coïncidait exactement avec celui d'une fossette bien individualisée au point de vue anatomique. Mais, en fait, il n'en est pas toujours ainsi et très souvent la collection d'une fossette empiète sur sa voisine. Il est assez

fréquent, par exemple, de voir une collection du cul-de-sac de Douglas occuper en partie et même totalement la fossette rétro-ovarienne. Mêmes considérations pour les collections qui siègent dans cette dernière; le voisinage immédiat de ces deux régions explique bien, d'ailleurs, cette particularité. Mais ceci au fond présente peu d'intérêt et nous nous contenterons de dire en terminant que, quel que soit son siège, la collection est toujours intra-péritonéale.

Avant d'examiner les lésions de la trompe qui a occasionné l'inflammation du péritoine, il nous faut étudier la structure intérieure de la poche et le liquide qu'elle renferme.

Nous serons brefs sur la structure intérieure de la poche; elle est analogue, en effet, à celle de toutes les cavités séreuses enflammées, qu'il s'agisse du péritoine, de la plèvre, de l'arachnoïde, de la vaginale, etc... Nous nous contenterons de dire que de la surface interne des parois se détachent de minces cloisons qui divisent l'intérieur de la poche en un certain nombre de loges communiquant plus ou moins entre elles. Cette structure rappelle assez celle d'une toile d'araignée tissée dans l'angle d'un mur.

Lorsqu'à la suite d'une colpotomie l'on a ouvert une de ces poches enkystées, l'on voit s'écouler un liquide en général *franchement séreux, citrin et parfaitement limpide*, rappelant l'ascite par ses caractères ou du moins son aspect. Parfois au lieu d'être franchement séreux, le liquide peut être légèrement louche; mais l'on sait que la sérosité est la signature d'une infection péritonéale bénigne, un liquide séro-purulent in-

dique déjà une infection plus grave, ne se rattachant pas nettement à la variété de pelvi-péritonite que nous étudions, dont la bénignité est un des principaux caractères. Il va de soi que la quantité de liquide dépend du volume de la poche; nous avons vu plus haut que ce volume était en général celui d'une mandarine ou d'une petite orange, pouvant contenir, par conséquent, quelques verres à liqueur de liquide.

Passons maintenant à l'étude *anatomo-pathologique des annexes*. Nous laisserons systématiquement de côté l'ovaire et les lésions qu'il pourrait présenter, car elles n'offrent aucun intérêt dans ce genre de pelvi-péritonite. Nous aurons uniquement en vue la trompe qui a livré passage aux germes infectieux. Il est évident que le gonocoque, en cheminant le long de la muqueuse tubaire, ne laisse pas celle-ci indifférente. Aussi trouvera-t-on à son niveau des lésions qui, bien que minimales, n'en méritent pas moins une étude plus approfondie.

Voyons d'abord les rapports entre la trompe et la collection péritonéale; ils sont variables suivant la situation respective de ces deux éléments, mais toujours la trompe, au moins par son pavillon, entre en rapport direct avec la poche, et même avec la cavité de celle-ci; l'on peut dire qu'il y a *contact entre le pavillon tubaire et le liquide de la collection*; ceci est un point très important sur lequel nous insistons tout particulièrement.

Voyons maintenant les lésions que présente la trompe; nous avons dit qu'elles étaient minimales; cependant, l'on constate un épaississement de ses pa-

rois, une augmentation de son volume général; sa muqueuse est un peu tomenteuse et présente les signes d'inflammation légère, catarrhale. Autour du pavillon légèrement oedématié, l'on remarque quelques exsudats blanchâtres, mais, fait capital, *la lumière de la trompe n'est pas oblitérée, le pavillon est toujours perméable*. Nous avons déjà montré le rôle que jouait la perméabilité de la trompe dans la pathogénie de ces péritonites; nous n'y reviendrons donc pas. En somme, lésions de salpingite catarrhale sans distension, sans oblitération, voilà ce que l'on constate à l'examen de la trompe malade.

Nous venons d'étudier les caractères anatomo-pathologiques de la pelvi-péritonite séreuse enkystée à un stade correspondant à la période d'état clinique; voyons maintenant quelle en est *l'évolution anatomique*, quel est le mode d'apparition et l'avenir des lésions que nous venons de décrire. Mais insistons tout d'abord sur la rapidité avec laquelle se constitue la poche séreuse, dès que le gonocoque, après ascension tubaire, a gagné le péritoine pelvien: souvent en 24 ou 48 heures la collection a atteint son volume maximum; nous reviendrons sur ce point dans l'étude clinique, car il a son intérêt dans le diagnostic: la constatation clinique de la rapidité de formation de la poche est un bon signe en faveur de son contenu séreux; une collection purulente d'un volume analogue demanderait plus de temps pour se constituer. Une fois formée, la poche séreuse va rester stationnaire pendant cinq à six jours, puis, fait remarquable qui donne à cette péritonite son principal intérêt,

l'on va observer la diminution progressive du volume de la poche, la disparition progressive du liquide, en un mot, la guérison de la péritonite. Comment se fait cette guérison ? Elle ne se fait pas par évacuation du liquide, comme on pourrait le croire au premier abord, vue la perméabilité de la trompe; *elle se fait par résorption spontanée du liquide*. Cette résorption demande un temps variable; elle est souvent rapide et, dans ce cas, peut se faire en deux ou trois jours; plus ordinairement elle demande huit, dix ou quinze jours. Nous tenons à faire remarquer que cette péritonite peut laisser quelques séquelles, telles que brides, adhérences, qui peuvent encombrer le Douglas et devenir plus tard un facteur de rétroversion utérine.

En somme, *formation rapide, résolution spontanée*, telle est l'évolution anatomique de la collection péritonéale. Mais quel est l'avenir des lésions tubaires? Malheureusement, pour la malade elles survivront à la péritonite guérie, et souvent *elles continueront à évoluer dans la suite* vers les lésions classiques de la salpingite chronique sur laquelle nous n'insistons pas. Ainsi donc la péritonite séreuse enkystée dans le pelvis se présente comme une complication bénigne d'une infection salpingienne débutante.

Nous n'avons tenu jusqu'à présent aucun compte de l'uni ou bilatéralité des lésions; nous allons maintenant en dire quelques mots: en général, il n'y a qu'une trompe atteinte, le plus souvent la trompe gauche sans que cette préférence puisse être expliquée. Mais l'atteinte tubaire peut être bilatérale, chaque trompe étant frappée simultanément. Dans ce

cas, on observe deux poches péritonéales situées en général de chaque côté de l'utérus. Il existe enfin une *forme à bascule* dans laquelle les accidents débutent et guérissent d'un côté, à gauche le plus souvent, puis font leur apparition du côté opposé après un temps variable, quinze jours, trois semaines ou un mois, quelquefois davantage. Nous reviendrons sur ce point dans l'étude clinique que nous allons maintenant envisager.

CHAPITRE II

Etude clinique.

Nous aurons surtout pour but dans cette étude clinique de bien mettre en lumière les signes au moyen desquels le clinicien pourra diagnostiquer, au lit de la malade, une pelvi-péritonite séreuse enkystée. S'il est quelques diagnostics que l'on peut qualifier d'un peu spéculatifs, ce n'est pas le cas ici; comme nous l'avons déjà dit dans l'introduction, l'abstention opératoire est de mise, et seul un traitement médical est indiqué; d'autre part, les affections qui peuvent prêter à confusion, la distension tubaire avant tout, méritent au contraire une intervention. L'on voit donc l'importance d'en faire un diagnostic précis, ce qui permettra à la malade d'éviter une intervention inutile.

Nous diviserons ce chapitre en quatre paragraphes: dans le premier, nous aurons uniquement en vue les symptômes de la pelvi-péritonite séreuse enkystée; dans le deuxième, nous examinerons les antécédents

de la malade, les signes qu'elle présente à côté de ceux de la péritonite et qui en sont d'ailleurs les éléments de diagnostic les plus importants; dans le troisième, nous montrerons les affections avec lesquelles elle risque d'être confondue; dans le quatrième, enfin, nous en décrirons l'évolution clinique.

1. — **Symptômes de la pelvi-péritonite séreuse enkystée.**

Nous ne tenons momentanément aucun compte des antécédents de la malade, des symptômes qui peuvent exister à côté de ceux que nous allons exposer et qui sont strictement ceux de la péritonite.

Il s'agit le plus souvent d'une femme jeune, de 18 à 25 ans en général; le début des accidents péritonéaux pelviens est analogue à celui de tous les orages péritonéaux; il est brusque, marqué par des *phénomènes douloureux* abdominaux qui viennent surprendre inopinément la malade à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit; cette douleur, qui présente le type de coliques abdominales classiques, est localisée en général d'emblée dans le bas-ventre; elle peut être bilatérale, mais le plus souvent est unilatérale et *de préférence à gauche*. (Nous avons déjà montré, en effet, dans le chapitre précédent que la trompe gauche était frappée avec prédilection.) Cette douleur présente quelques irradiations dans le reste de l'abdomen, dans les lombes, dans le membre inférieur correspondant; elle est parfois très vive, mais diminue d'intensité assez rapidement; elle persiste

ensuite les jours suivants, plus supportable, avec quelques exacerbations très pénibles.

Cette douleur est souvent le seul signe fonctionnel qu'accuse la malade; à part une constipation opiniâtre qui est d'ailleurs habituelle dans tous les orages pelviens, on note peu de phénomènes de réaction péritonéale; cependant, on observe parfois dans les premières heures un arrêt partiel des matières et des gaz, qui ne persiste d'ailleurs pas. Au début, la malade présente dans certains cas quelques vomissements sans caractères particuliers et qui, eux aussi, disparaissent en général assez rapidement.

Si l'on prend la température de la malade, l'on trouvera toujours au début une ascension thermique plus ou moins marquée, mais qui ne dépasse guère 38°5 le premier jour. Dans la suite la température se maintient le plus souvent autour de 38°. Dans quelques cas, cependant, la température est plus élevée, un peu oscillante, mais le pouls reste toujours excellent. En somme, et c'est là un point assez important, *l'état général est relativement peu touché* et n'inspire aucune inquiétude.

Passons maintenant à l'examen de la malade; son principal intérêt réside évidemment dans le toucher vaginal, mais celui-ci devra être précédé d'une palpation abdominale soigneuse qui pourra fournir quelques renseignements intéressants: au niveau de la partie inférieure d'une ou des deux fosses iliaques, la pression réveille une douleur vive et l'on y constate une réaction de défense de la paroi, une contraction parfois assez marquée. Le reste de l'abdomen,

bien que souvent un peu météorisé, est souple et indolore. Cependant, la palpation abdominale n'a de réel intérêt que lorsqu'elle est combinée au toucher vaginal. Celui-ci étant le temps principal de l'examen, il est de toute nécessité de le pratiquer dans les meilleures conditions possibles, de l'associer au toucher rectal; il sera bon également de s'assurer auparavant de la vacuité de la vessie et du rectum.

Voyons maintenant dans tous leurs détails les signes fournis par le *toucher*: c'est avant tout la perception d'une masse inflammatoire, d'une poche arrondie latérale ou médiane et plus ou moins nettement indépendante de l'utérus qui, lui, ne présente pas de modifications, si ce n'est dans sa situation. La poche, quel que soit son siège dans la cavité pelvienne, se présente en général de la façon suivante: assez régulièrement sphérique, elle donne l'impression d'une mandarine, d'un petit ballonnet; sa situation est basse dans le pelvis, aussi bombe-t-elle plus ou moins dans les culs-de-sac vaginaux. Elle est très douloureuse au toucher, et cette douleur gêne souvent l'examen; elle donne parfois une sensation de fluctuation assez nette, mais il n'est pas rare qu'elle soit tendue, dure, résistante. Fait important, elle est fixée, et les doigts qui plongent dans le pelvis à travers la paroi abdominale ne peuvent lui imprimer aucun mouvement. S'il est en général aisé de se rendre compte de l'indépendance de l'utérus et de la collection, il est quelquefois assez difficile, surtout lorsque la position exacte de l'utérus est mal repérée, de les individualiser nettement. Nous avons vu dans le

chapitre précédent les principales situations que la poche séreuse pouvait occuper: lorsqu'on la trouve dans le Douglas, le fond utérin est souvent caché derrière le pubis et difficile à percevoir; il faut prendre garde, dans ce cas, de ne pas prendre la collection du Douglas pour le corps utérin en rétroversion. Lorsque la collection occupe une situation latérale, le corps utérin, dévié du côté opposé, sera plus aisé à percevoir. Nous avons vu que la trompe gauche était frappée avec une certaine prédilection, aussi une collection latérale siège-t-elle de préférence à gauche. Lorsque les deux trompes sont frappées simultanément, l'on sentira deux collections situées en général latéralement de chaque côté de l'utérus; d'autres fois, une poche occupe le Douglas, tandis que l'autre est latérale. Il est impossible de percevoir par le toucher les annexes malades, et cela en raison des rapports anatomiques étroits qui unissent la trompe à la collection et qui ne permettent pas de les individualiser cliniquement.

Nous en avons fini avec le tableau clinique de la pelvi-péritonite séreuse enkystée, et l'on voit, en somme, qu'il ne présente rien en lui-même de bien caractéristique. Toutefois, deux points doivent retenir l'attention du clinicien: c'est d'abord l'opposition entre le bon état général de la malade et la gravité apparente des lésions senties au toucher; d'autre part, aura une réelle valeur pour le diagnostic la rapidité de formation de la poche séreuse qui atteint souvent son maximum en 24 ou 48 heures. Mais ce sont là des nuances cliniques souvent difficiles à apprécier. Aussi

recherchera-t-on les éléments de diagnostic moins dans le tableau clinique propre à la péritonite que dans les signes que nous allons exposer maintenant.

II. — **Eléments de diagnostic.**

Un interrogatoire pratiqué minutieusement est souvent la moitié d'un diagnostic; cela est vrai dans tous les domaines aussi bien de la médecine que de la chirurgie. Dans les péritonites qui nous occupent, il jouera également un grand rôle, car il nous renseignera sur les antécédents de la malade, il nous permettra de mettre en lumière ces trois signes qui auront une grande valeur pour le diagnostic: l'âge relativement jeune de la malade, l'absence de passé génital, et surtout les signes d'une infection blennorragique aiguë récente. Voyons successivement ces trois signes.

1° **LE JEUNE AGE DE LA MALADE.** — Que l'on consulte nos observations publiées à la fin de ce travail, et l'on constatera presque toujours qu'il s'agit d'une femme de 18 à 25 ans. Cette prédilection pour les femmes jeunes s'explique d'ailleurs aisément, car c'est chez elles que l'on constatera de préférence l'absence de passé génital et une infection blennorragique aiguë récente.

2° **L'ABSENCE DE PASSÉ GÉNITAL.** — C'est là un point important. Si par l'interrogatoire on acquiert la quasi-certitude que la malade n'a pas eu de poussées sal-

pingiennes antérieures dont la constatation est courante en gynécologie, il est vraisemblable d'admettre que ses trompes ne présentent pas de lésions avancées, en particulier pas d'oblitération qui serait un obstacle à l'ascension péritonéale du gonocoque.

3° UNE INFECTION BLENNORRAGIQUE AIGUE RÉCENTE.

De tous les signes que nous avons étudiés, c'est peut-être celui qui a le plus de valeur. En général, la blennorragie remonte à trois semaines ou un mois, quelquefois davantage. Ce peut être simplement une *vaginite* avec pertes jaunes verdâtres abondantes tachant et empesant le linge, irritant la région périnéale et interfessière; ces pertes s'accompagnent de phénomènes douloureux sous forme de brûlures de la région vulvaire s'irradiant dans le bassin et les cuisses. Parfois, la vaginite sera compliquée de *cystite* avec son cortège habituel de symptômes: vives douleurs à la miction, épreintes vésicales, pollaxiurie, pyurie. Il est inutile d'insister davantage sur ces manifestations de la blennorragie; elles sont connues de tous et toujours faciles à reconnaître. Au surplus, si l'on avait quelques doutes, un examen microscopique de l'écoulement, en montrant de nombreux gonocoques, viendrait signer la nature de l'infection.

III. — Diagnostic différentiel.

Nous en avons fini avec l'ensemble des symptômes de la pelvi-péritonite séreuse enkystée. Voyons maintenant les affections avec lesquelles elle risque d'être

confondue et les moyens d'éviter ces confusions. Disons-le tout de suite : le diagnostic est souvent difficile et réclame, de la part du clinicien, une grande pratique gynécologique ; nous avons montré, en effet, que le tableau clinique de cette péritonite n'avait rien en lui-même de bien caractéristique, mais nous avons insisté à dessein sur l'importance des éléments de diagnostic puisés dans les antécédents de la malade, car ils joueront un grand rôle.

Au début, lorsque la malade se présente seulement avec des phénomènes douloureux aigus, péritonéaux, c'est uniquement le diagnostic de pelvi-péritonite, ou même d'infection pelvienne qui se pose ; nous n'y insisterons pas, car il est classique. Il conviendra évidemment d'éliminer tous les grands syndromes péritonéaux aigus, l'appendicite, la rupture d'une grossesse tubaire, la torsion ou la rupture d'un kyste de l'ovaire. Mais le diagnostic ne devient vraiment intéressant qu'à la période d'état, lorsque la malade, en plus des phénomènes douloureux, présente une collection pelvienne sentie par le toucher. Quelle est la nature de cette collection ? Est-elle intra-péritonéale ou intra-tubaire ? Est-elle séreuse ou purulente ? L'erreur est fréquente, et l'on pense soit à une distension tubaire, soit, plus rarement, à une poche de péritonite suppurée, soit à une hématoécèle.

La *distension tubaire* est très difficile à différencier d'une poche de pelvi-péritonite séreuse enkystée ; c'est là une confusion fréquente en clinique, si fréquente, que nous avons dénommé ces péritonites, des *fausses distensions tubaires*. Cette confusion s'expli-

que d'ailleurs aisément : Les manifestations cliniques d'une distension tubaire aiguë se superposent presque exactement à celles d'une péritonite séreuse pelvienne : mêmes phénomènes douloureux, même atteinte légère de l'état général ; peut-on compter sur les signes physiques pour faire le diagnostic ? En réalité, *ces deux collections donnent à peu près les mêmes sensations au toucher* ; toutefois, il y a quelques points qui doivent retenir l'attention : une distension tubaire, surtout s'il s'agit d'un pyosalpinx, ne donne pas cette impression kystique d'une poche séreuse enkystée ; d'autre part, nous avons vu qu'une collection péritonéale séreuse était fixée, qu'elle présentait une forme sphérique, rappelant celle d'un ballonnet ; une distension tubaire, au contraire, ne présente pas cette immobilité ; on peut lui imprimer quelques mouvements, d'ailleurs douloureux ; de plus, sa forme n'est pas sphérique, elle est plutôt allongée, en fuseau. Il s'agit là de bons signes de différenciation, mais ce sont des nuances qui, bien qu'ayant une réelle valeur, sont difficiles à apprécier et ne peuvent suffire, en aucun cas, à trancher un diagnostic. C'est surtout par l'*examen des antécédents de la malade* que l'on arrivera à différencier les deux affections. En cas de distension tubaire, l'on trouve, en général, un passé génital déjà ancien, plusieurs crises douloureuses dans le bas-ventre, plusieurs séjours antérieurs dans les hôpitaux, parfois une intervention telle qu'une colpotomie. En cas de pelvi-péritonite séreuse enkystée, nous avons vu qu'au contraire l'on ne constatait pas de passé génital an-

cien et qu'on relevait simplement dans les antécédents une infection blennorragique aiguë récente. C'est dans ces signes, fournis par l'interrogatoire, qu'il faudra rechercher la clef du diagnostic ; souvent, d'ailleurs, l'on ne pourra se prononcer pendant les premiers jours, et c'est en constatant l'évolution bénigne de ces péritonites que l'on arrivera à se faire une opinion exacte sur la nature véritable de l'affection : l'on n'observe pas, en effet, en cas de distension tubaire, cette résolution spontanée et rapide sous la seule influence du repos et du traitement médical, ce qui est, au contraire, presque la règle en cas de collection péritonéale séreuse, comme nous le verrons bientôt.

Un autre problème se pose maintenant : comment différencier cliniquement une poche de péritonite séreuse d'une *poche de péritonite suppurée* ? Là encore, difficultés souvent assez grandes. Le diagnostic ne se pose évidemment qu'en cas de pelvi-péritonite d'origine blennorragique, car la suppuration est la règle dans la pelvi-péritonite d'origine puerpérale. Les signes fonctionnels ont-ils une valeur différentielle ? Peu, car les phénomènes douloureux peuvent être aussi marqués dans les deux cas ; toutefois, la douleur devient plus vite supportable, en cas de péritonite séreuse ; au contraire, elle reste stationnaire ou a même tendance à s'accroître en cas de suppuration. Les signes généraux donneront des renseignements plus intéressants ; si la péritonite est purulente, on observe les signes classiques de suppuration profonde : température élevée, souvent oscillante, ac-

compagnée de frissons, bref, état général inquiétant. Nous avons vu, au contraire, que dans la péritonite séreuse, l'atteinte de l'état général était légère, la température peu élevée. Les sensations perçues au toucher peuvent être analogues dans les deux cas ; toutefois, une collection purulente est plus difficile à délimiter nettement ; elle ne présente pas les contours nets d'une collection séreuse, mais est entourée au contraire d'une zone d'empâtement œdémateux diffus, avec lequel elle se confond plus ou moins. L'œdème des tissus avoisinant est d'ailleurs habituel dans toutes les suppurations : œdème de la peau du thorax dans la pleurésie purulente, œdème des tissus périrotuliens dans l'arthrite purulente du genou. C'est donc là un bon signe de suppuration. De plus, si la malade est observée par le clinicien dès le début des accidents péritonéaux, la constatation de la rapidité de formation de la collection est nettement en faveur de son contenu séreux ; elle peut, en effet, dans ce cas, atteindre son maximum en 24 ou 48 heures, ce qui ne s'observe pas pour une poche purulente, qui réclame plus de temps pour se constituer. Mais, là encore, nous pouvons dire ce que nous disions précédemment pour les distensions tubaires : l'on se trompe fréquemment, et il vaudrait mieux colpotomiser à tort une collection séreuse, que de laisser s'ouvrir spontanément dans un organe pelvien une collection **purulente**.

Éliminons maintenant l'*hématocèle rétro-utérine*, qui peut être facilement confondue avec une poche séreuse occupant le Douglas. L'on sait les erreurs de

diagnostic fréquentes dues à l'hématocèle, aussi importe-t-il d'y penser toujours, en présence d'une collection rétro-utérine dont la nature ne s'impose pas nettement. Les signes physiques n'auront pas grande valeur pour la différenciation : une poche séreuse, comme une hématocèle, peut occuper une situation franchement médiane ; toutefois, il est rare d'observer au niveau d'une collection séreuse cette dureté que l'on constate souvent dans une masse sanguine. Mais c'est surtout par les anamnestiques que l'on tranchera le diagnostic : il faudra rechercher minutieusement des signes de grossesse antérieure, surtout un retard de règles suivi de quelques pertes couleur chocolat, interroger la malade sur le mode de début des accidents, bref, rechercher avec soin tous les signes classiques d'une grossesse extra-utérine rompue.

Nous terminerons ce diagnostic différentiel en disant quelques mots de la *tuberculose annexielle*, qui peut, dans certains cas, prêter à confusion ; il n'est pas rare, en effet, qu'elle débute brusquement par des phénomènes douloureux analogues à ceux de toute crise péritonéale aiguë ; d'autre part, elle peut donner au toucher des sensations analogues à celles d'une péritonite séreuse d'origine blennorragique. Le diagnostic se fera surtout par l'examen des antécédents, par la longue évolution de l'affection, par la persistance de la température. Nous avons observé récemment, dans le service du Professeur Villard, le cas d'une jeune malade pour laquelle, après avoir posé le diagnostic de pelvi-péritonite séreuse aiguë d'ori-

gine blennorragique, on dut émettre secondairement, devant la persistance et l'oscillation de la température, quelques doutes sur la nature bacillaire de l'affection.

Nous en avons fini avec le diagnostic de la péritonite séreuse enkystée dans le pelvis. Comme on le voit, il est souvent difficile et exige de la part du gynécologue beaucoup de pratique et de sens clinique. Il faut y penser, sinon l'on risque de faire erreur ou de la reconnaître seulement au cours d'une colpotomie.

Laroyenne ne disait-il pas autrefois que l'on ne pouvait jamais être sûr avant une colpotomie de la nature du liquide que l'on allait trouver : pus, sang ou sérosité ; les temps n'ont pas changé, mais s'il importe peu de faire opératoirement le diagnostic d'une affection justiciable d'intervention, il est plus ennuyeux d'intervenir à tort sur une poche péritonéale séreuse, qui guérit toute seule, sans les secours de la chirurgie, comme nous allons le voir maintenant dans l'évolution.

IV. — Évolution.

Ce qui constitue le principal intérêt de ces péritonites séreuses enkystées dans le pelvis, c'est précisément leur évolution : il y a, en effet, *contraste frappant entre la gravité apparente du tableau clinique et la bénignité réelle de l'affection*. Il est logique, en effet, qu'un clinicien non prévenu soit impressionné

par les grosses lésions constatées au toucher, par l'intensité des phénomènes douloureux ; cependant, comme le dit M. Villard, dans ces péritonites, le gono-coque fait plus de bruit que de mal. Etudions de près l'évolution et nous verrons que cette expression est pleinement justifiée.

Résolution spontanée de la poche séreuse, disparition progressive des signes fonctionnels et généraux, telle est l'évolution habituelle de ces pelvi-péritonites séreuses, et cela, sous la seule influence du repos, sous la seule influence du traitement médical. En général, l'amélioration commence à se manifester cinq ou six jours après le début des accidents : les phénomènes douloureux s'apaisent progressivement et la température, qui se maintenait ordinairement autour de 38°, se rapproche peu à peu de la normale. Si l'on examine régulièrement la malade, si l'on fait des touchers vaginaux répétés, l'on constatera une amélioration parallèle des signes physiques consistant en une diminution du volume de la poche, qui tend peu à peu à disparaître. La guérison complète de la péritonite demande un temps variable ; elle peut se faire très rapidement, en quatre ou cinq jours, mais ceci est assez rare ; plus habituellement, elle exige dix ou quinze jours, quelquefois davantage.

Telle est l'évolution normale de ces péritonites séreuses. Peut-on redouter des complications pendant le cours de la maladie ? La transformation purulente de la collection est bien exceptionnelle ; elle pourrait s'observer en cas de recrudescence de l'infection ou d'une mauvaise hygiène de la malade, qui ne suivrait

pas les prescriptions médicales qu'on lui a imposées. Ce que l'on peut observer, c'est une évolution plus lente, avec guérison retardée, et surtout, une *rechute*, ou mieux une atteinte de la trompe opposée, qui peut occasionner une nouvelle crise péritonéale ; il existe, en effet, une forme à rechute, dans laquelle les deux trompes sont successivement frappées, à intervalle de temps variant de quelques jours à un mois ; cette deuxième atteinte présente d'ailleurs les mêmes particularités cliniques, la même bénignité.

Fait intéressant à signaler en terminant cette étude clinique, *lorsque la poche séreuse a complètement disparu, l'on sent, en général, par le toucher, les annexes malades sous forme d'un noyau induré et un peu douloureux*. C'est que, comme nous le disions en étudiant l'anatomie pathologique, *les lésions tubaires* survivent à la péritonite guérie et peuvent continuer à évoluer dans la suite. L'on doit donc faire une sérieuse réserve sur l'avenir salpingien de ces malades. Une pelvi-péritonite séreuse enkystée peut être considérée comme le premier cri d'une salpingite qui prend naissance ; cette perception des annexes malades, après disparition de la collection péritonéale, correspond en somme à la découverte de râles parenchymateux, après guérison d'un épanchement pleural ; une péritonite peut masquer, puis révéler une salpingite au début, comme une pleurésie peut masquer puis révéler une tuberculose pulmonaire au début.

CHAPITRE III

Traitement.

Nous aurons peu de choses à dire dans ce chapitre; aussi, serons-nous brefs. *Pas d'intervention chirurgicale, repos au lit, glace sur le ventre au début, irrigations vaginales et rectales*, voilà résumé en quelques mots ce que nous aurons à dire en ce qui concerne le traitement de la péritonite séreuse enkystée dans le pelvis. Nous avons d'ailleurs attiré l'attention sur ces pelvi-péritonites, surtout en raison de la bénignité de leur évolution, malgré les apparences souvent trompeuses; aussi, à plusieurs reprises, au cours de ce travail, nous avons insisté à dessein sur ce fait que la guérison s'observait très simplement, sans aucun secours chirurgical.

Toute intervention est, en effet, inutile. Lorsque le diagnostic est posé, il faut s'abstenir. Peut-on même discuter l'ouverture de la poche séreuse par colpotomie; certes, il s'agit là d'une opération bien anodine, mais elle ne fera pas avancer la guérison et,

d'autre part, il y a toujours risque d'infection secondaire de la poche qui viendrait compliquer l'évolution. On peut nous objecter évidemment qu'il est parfois bien difficile, en présence d'une collection pelvienne, de se rendre compte, par les seuls moyens cliniques, de la nature purulente ou séreuse de la collection et qu'il vaudrait mieux ouvrir à tort une poche séreuse, que de risquer de laisser s'ouvrir spontanément une poche purulente. Nous répondrons que c'est là qu'intervient le tact clinique, fruit d'une longue pratique gynécologique ; en présence des cas douteux, il faut tantôt savoir s'abstenir, tantôt savoir intervenir, tantôt enfin, savoir patienter avant de prendre une décision. Mais les cas douteux présentent rarement des caractères d'urgence, et il serait bon d'instituer, pendant quelques jours, un traitement médical, quitte à abandonner celui-ci ensuite, si l'on n'observe pas d'amélioration.

Voyons maintenant en quoi va consister ce traitement médical : *avant tout, repos absolu au lit*, et cela jusqu'à guérison complète. Tant que la malade présente de la température, des phénomènes douloureux, tant que la collection n'est pas complètement résorbée, il faut éviter absolument qu'elle se lève. Cela est souvent assez difficile à obtenir ; c'est dans ces cas que l'application d'un topique peut rendre service ; nous ne voulons pas discuter ici sur la valeur de son action, mais c'est un excellent moyen de forcer la malade à garder le lit.

A ce repos, il sera bon d'adjoindre *l'application de glace sur le bas-ventre* ; on connaît la valeur de cette

thérapeutique dans tous les phénomènes péritonéaux; elle n'est indiquée d'ailleurs qu'au début, pour calmer les douleurs très vives que l'on observe dans les premières heures de l'orage péritonéal. Lorsque la collection est formée, il sera bon de pratiquer des *irrigations vaginales et rectales*, qui ont une valeur curative réelle. Nous recommandons d'être sobre de touchers pendant le traitement, car c'est toujours une cause de traumatisme pelvien qui peut retarder la guérison. Nous ajouterons enfin qu'il faudra traiter les manifestations de la blennorrhagie aiguë que l'on observe habituellement chez ces malades, et cela par les moyens classiques sur lesquels nous n'insistons pas:

CHAPITRE IV

Observations cliniques.

Nous avons trouvé de nombreuses observations de péritonites séreuses enkystées dans le pelvis ; nous n'avons pas l'intention de les publier toutes ; nous nous sommes contenté de choisir les plus schématiques, celles qui permettront de mieux comprendre les caractères cliniques que nous avons exposés au cours de ce travail.

Nous rapportons d'abord trois cas typiques, traités et guéris médicalement ; nous les faisons suivre de deux autres observations de malades pour lesquelles le diagnostic ne fut fait qu'après colpotomie ; nous publions enfin un cas de malade opérée et chez laquelle on constata à l'intervention les lésions que nous avons décrites dans notre étude anatomique.

Voici les observations :

OBSERV. N° I (Service de M. Villard)

Blennorrhagie récente. — Crise douloureuse dans le bas-ventre. — Collection dans le Douglas. — Résolution par glace et repos.

D... Julia, 23 ans, entre salle Gensoul le 17 janvier 1910, pour douleurs abdominales.

Mère bien portante. Père mort éthylique.

Réglée à 14 ans et régulièrement depuis. Pas d'antécédents bacillaires ni spécifiques.

Comme passé génital, la malade présente seulement une fausse couche survenue il y a 3 ans et pour laquelle elle subit un curage digital. Pas de complications. Se remet rapidement.

Depuis un an, elle présente des pertes blanches, mais, depuis trois ou quatre semaines, elle ont changé de caractères : de lactescentes, elles sont devenues jaunâtres, épaisses, tachant et empesant le linge, et s'accompagnant de troubles urinaires marqués : douleurs vives à la miction, épreintes vésicales très pénibles ; elle fut traitée pour cystite par des lavages de vessie au nitrate d'argent.

Il y a douze jours brusquement, le matin en se levant, la malade ressentit une douleur abdominale violente ; cette douleur d'abord généralisée dans tout l'abdomen, se localisa bientôt dans le bas-ventre, bilatérale, mais avec prédominance à gauche, et s'irradiant dans les reins et les cuisses.

Elle présente un bon état général ; la température n'a jamais dépassé 38°, et elle se maintient depuis le début autour de 37°6.

Toucher vaginal. : Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse rénitente, chaude, très douloureuse, de la grosseur d'une mandarine empiétant légèrement à gauche et séparée du fond utérin par un sillon transversal très net. Le col utérin est gros, un peu déchiqueté.

Urines troubles ne contiennent ni sucre ni albumine.

La malade fut traitée médicalement par repos, glace sur le ventre et injections chaudes.

Le 23 janvier : Amélioration considérable. Température normale. Diminution des phénomènes douloureux. Diminution des signes physiques : la collection est en voie de régression.

Le 28 janvier : Résolution complète. Plus de phénomènes douloureux. Disparition complète de la collection.

On pose le diagnostic de pelvi-péritonite séreuse, enkystée péricorporelle, avec résolution spontanée sous l'influence du traitement médical.

La malade quitte le service parfaitement guérie.

L'observation de cette femme est particulièrement intéressante, car elle fit dans la suite deux nouveaux séjours dans le service :

Août 1912 : Elle rentre à l'hôpital pour des phénomènes douloureux abdominaux et des pertes blanches ; après un repos de quinze jours, très améliorée, elle quitte le service.

Juillet 1913 : Après sa sortie de l'hôpital, la malade se portait bien, ne souffrait pas du tout du ventre et était bien réglée, présentant simplement quelques pertes blanches, lorsqu'il y a trois semaines, quelques jours après ses règles normales, elle s'aperçut qu'elle présentait de nouveau des pertes rouges, en même temps qu'elle ressentait de vives douleurs dans le bas-ventre, qui l'obligèrent à cesser son travail et à se mettre au lit ; les douleurs se calmèrent notablement par la position horizontale.

Au toucher : Col tuméfié de métrite, utérus légèrement dévié à droite ; l'examen des annexes est difficile en raison de la profondeur des culs-de-sac ; on perçoit cependant dans le cul-de-sac postérieur et à gauche *une trompe augmentée de volume et douloureuse*. Les annexes droites semblent saines.

En somme, trois ans après sa poussée de pelvi-péritonite séreuse enkystée, la malade présente une salpingite gauche typique, ce qui montre bien que les lésions tubaires ont continué à évoluer après la guérison de la péritonite.

OBSERV. N° II (Service de M. Villard)

Trois ans auparavant, crise douloureuse dans le bas-ventre, à gauche, analogue à la crise actuelle. — Pertes blanches abondantes. — Crise douloureuse dans le bas-ventre à droite. — Collection dans le Douglas. — Résolution par traitement médical.

G... Rose, épouse B..., 24 ans, entre salle Gensoul le 24 avril 1918, pour douleurs dans le bas-ventre avec atteinte de l'état général.

En janvier 1915, elle passa trois semaines à l'hôpital parce qu'elle présentait les troubles suivants : pertes verdâtres abondantes (apparues à la suite d'une chute, dit-elle !) accompagnées de troubles urinaires. Douleurs dans le bas-ventre à gauche ; elle fut traitée et guérie par repos, glace sur le ventre et injections chaudes.

De 1915 à 1918, elle a présenté un bon état général, mais elle a continué à souffrir légèrement et continuellement de son bas-ventre. Les pertes blanches persistent, très abondantes, avec mictions douloureuses.

L'affection actuelle débuta le 21 avril 1918, par des douleurs très vives dans le bas-ventre, surtout marquées à gauche, accompagnées de quelques vomissements et d'une atteinte de l'état général avec frissons suivis de transpiration.

La malade est examinée le 24 avril ; elle est un peu prostrée, présente un pouls à 100 et une température de 37°8.

La palpation abdominale révèle une douleur vive, de la défense musculaire et un empâtement assez marqué au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal : Rien dans le cul-de-sac latéral gauche ; dans le cul-de-sac postérieur et empiétant à droite, on sent une masse douloureuse dont la nature est difficile à préciser : collection, annexes, peut-être fond utérin en rétroversion ?

On traite par repos et injections vaginales chaudes.

Le 6 mai : Les phénomènes douloureux se sont un peu atténués. La température reste autour de 37°5. La masse sentie dans le cul-de-sac postérieur s'est un peu modifiée, elle est toujours douloureuse et difficile à diagnostiquer.

Le 13 mai : Amélioration manifeste, diminution des phénomènes douloureux, la température se rapproche de la normale.

Au toucher, l'on constate de profondes modifications : le cul-de-sac postérieur est complètement libre ; l'utérus petit, mobile, est en antéflexion ; à droite et à gauche du cul-de-sac postérieur, on perçoit les deux annexes indurées, adhérentes, de petit volume.

En somme, *la masse précédemment sentie dans le cul-de-sac postérieur était une collection séreuse du Douglas d'origine annexielle et actuellement résorbée.*

Le 18 mai : La malade quitte le service complètement guérie.

OBSERV. N° III (Service de M. Villard)

Pas de passé génital. — Infection blennorragique aiguë récente. — Crise douloureuse dans le bas-ventre. — Collection bilatérale. — Résolution par traitement médical.

B... Marcelle, 22 ans. Entre salle Gensoul le 20 octobre 1923, envoyée par son médecin pour douleurs dans le bas-ventre.

Bonne santé habituelle. Pas de maladies antérieures, si ce n'est une crise de rhumatisme articulaire aiguë à l'âge de douze ans.

Depuis une quinzaine de jours, la malade présente tous les signes d'une infection blennorragique aiguë : pertes verdâtres tachant le linge, irritation vulvaire, douleurs à la miction.

Brusquement, le 19 octobre, dans la matinée, la malade est prise d'une douleur très violente dans le bas-ventre, bilatérale sans irradiations particulières et non accompagnée de vomissements. La malade se met aussitôt au lit et un médecin appelé immédiatement, ayant des doutes sur une appendicite possible, l'envoie le jour même à l'Hôtel-Dieu, où elle reste en observation pendant vingt-quatre heures à l'infirmerie de porte, puis est envoyée dans le service de M. Villard.

Elle présente un état général assez bon, un pouls à 80, une température de 38°.

A l'examen : abdomen contracturé au niveau du bas-ventre, surtout à droite ; la palpation y est douloureuse, mais on ne perçoit rien d'anormal.

Toucher vaginal : Utérus fixé en position normale ; on perçoit dans le cul-de-sac latéral droit une masse accolée à l'utérus et douloureuse à la pression. De même, dans le cul-de-sac latéral gauche, on perçoit une masse assez volumineuse adhérente à l'utérus, empiétant légèrement dans le Douglas.

Rien à signaler à l'examen des autres organes.

La malade fut traitée médicalement par repos, glace sur le ventre et irrigations vaginales.

Le 29 octobre 1923 : L'on constate une amélioration manifeste au triple point de vue général, fonctionnel et physique. Les douleurs ont notablement diminuée, la température se rapproche de la normale.

Toucher vaginal : Amélioration nette, les lésions ont notablement diminué.

Le 3 novembre : Plus de température, plus de phénomènes douloureux ; au toucher, les deux collections sont complètement résorbées.

L'on pose le diagnostic de péritonite séreuse enkystée péri-salpingienne, d'origine blennorragique, avec résorption spontanée sous l'influence du traitement médical.

La malade quitte le service complètement guérie.

OBSERV. N° IV (M. Villard : observation personnelle)

Blennorrhagie aiguë. — Phénomènes de pelvi-péritonite. — Collection dans le cul-de-sac latéral gauche diagnostiquée salpingite suppurée. — Colpotomie : liquide séreux. — Guérison rapide.

X... J..., 28 ans, 1900, se soumet à un examen pour des phénomènes de pelvi-péritonite. Ceux-ci ont été précédés d'une période de vaginite et de cystite nettement blennorrhagique avec mictions extrêmement fréquentes ; ces accidents ont précédé les phénomènes pelviens d'environ trois semaines.

A l'examen : Au toucher, on trouve une collection du volume d'une pomme occupant le cul-de-sac latéral gauche et empiétant jusqu'à la ligne médiane dans le cul-de-sac postérieur ; la consistance est rénitente et tout à fait celle d'une poche liquide. Sensibilité modérée à la pression. Rien à droite. Utérus en position normale.

Réaction thermique faible. Température autour de 38°.

Le diagnostic posé est celui de salpingite suppurée ; la malade entre dans une clinique où l'on pratique une colpotomie : il s'écoule une abondante quantité de liquide franchement séreux, provenant d'une collection péritonéale enkystée ; l'introduction d'un doigt dans la brèche vaginale permet de sentir et d'attirer la trompe gauche avec une pince ; celle-ci, augmentée de volume, montre cependant un *pavillon perméable* ; elle est rentrée dans l'abdomen. Drainage par une mèche.

Guérison très rapide.

OBSERV. N° V (Service de M. Leclerc, puis de M. Villard)

Pas de passé génital. — Blennorragie récente. — Crise douloureuse dans le bas-ventre. — Collection dans le Douglas. — Colpotomie : liquide séreux.

C..., Emma, ép. P..., 24 ans, entre salle Gensoul le 11 juin 1917, venant du service du Docteur Leclerc, où elle était entrée le 5 juin pour douleurs abdominales.

Pas de passé génital. Réglée à 15 ans régulièrement. Depuis deux mois environ, elle présente des pertes verdâtres tachant le linge et accompagnées de quelques troubles urinaires.

Brusquement, il y a quinze jours, douleurs vives dans l'abdomen avec légère réaction thermique (38°2). Pas de vomissements. Les douleurs siégeaient dans le bas-ventre des deux côtés, s'irradiant dans les reins, les cuisses.

La malade fut traitée médicalement pendant les six jours qu'elle passa dans le service de Leclerc.

Toucher : Masse très douloureuse dans le cul-de-sac de Douglas, franchement médiane, empiétant dans les deux culs-de-sac latéraux. Utérus normal.

Colpotomie le 13 juin : Issue de quelques verres à liqueur de liquide séreux. Pas de pus. Drainage par mèche.

La température qui se maintenait autour de 38° tombe régulièrement après la colpotomie. Les phénomènes douloureux disparaissent.

Sort guérie le 28 juin.

OBSERV. N° VI (Service de M. Villard)

Pas de passé génital. — Blennorragie aiguë. — Crise douloureuse dans le bas-ventre. — Double collection pelvienne. — Diagnostic difficile avec distension tubaire. — Intervention : pelvipéritonite séreuse enkystée avec trompes perméables.

P... Virg..., ép. B..., 20 ans, entre salle Gensoul le 4 mars 1912 pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents héréditaires : père et mère vivants, se portent bien. Une sœur bien portante également. Deux frères morts en bas-âge d'infection indéterminée.

Personnellement, quelques bronchites dans l'enfance, jamais d'hémoptysies.

Pas de passé génital. Réglee à 16 ans. Règles douloureuses qui ont tendance à retarder.

Depuis trois mois, elle présente des pertes jaunâtres, abondantes, empesant son linge et s'accompagnant de mictions fréquentes.

Il y a huit jours, brusquement, douleurs vives dans le bas-ventre avec malaise général. Pas de vomissements. Température : 38°5.

A l'examen, on constate par la palpation abdominale une douleur vive dans la partie inférieure des deux fosses iliaques, s'accompagnant d'une assez forte contracture musculaire.

Toucher vaginal : utérus en légère rétroversion. Cul-de-sac postérieur occupé par une masse inflammatoire à contours diffus, se prolongeant à gauche, paraissant due à des lésions de pelvi-péritonite séreuse développées autour des annexes gauches. A droite et en arrière, on perçoit nettement une autre masse dont la nature est difficile à préciser : il s'agit soit d'une distension tubaire, soit d'un autre foyer de pelvi-péritonite séreuse développée autour des annexes droites.

On essaie le traitement médical.

Le 18 mars : Les phénomènes douloureux persistent, bien qu'un peu atténués. Au toucher, pas de modifications de la masse sentie à droite et en arrière, mais la collection gauche a nettement diminué de volume. Température autour de 38°.

Le 22 mars : Devant la persistance de la température et des phénomènes douloureux, on se décide à intervenir.

Le 24 mars, intervention (M. Villard) : Laparatomie sous-ombilicale. Trompes entièrement relâchées dans le Douglas ; celui-ci est occupé par des lésions de pélori-péritonite séreuse récente en voie de guérison. Les trompes sont un peu augmentées de volume, mais *leur lumière est perméable*, et l'on se contente de fixer les annexes aux parties latérales du fond utérin.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service guérie le 16 avril.

CONCLUSIONS

I. — On observe, en clinique, chez la femme, des foyers de péritonite séreuse enkystée revêtant, au point de vue symptomatique, les caractères des distensions tubaires.

II. — Anatomiquement, il s'agit de collections séreuses intra-péritonéales, développées autour d'une trompe atteinte d'inflammation légère, sans oblitération du pavillon.

III. — Ces collections, résultant d'infections péritonéales atténuées, le plus habituellement blennorragiques, qui franchissent le pavillon ouvert, viennent inoculer le péritoine et déterminer à son niveau une exsudation séreuse, analogue aux épanchements symptomatiques de la plèvre ou de la séreuse vaginale.

IV. — Cliniquement, ces foyers de péritonite séreuse se constituent après une poussée de péritonite pelvienne plus ou moins vive ; une fois formés, ils donnent au toucher les signes d'une collection tubaire souvent volumineuse, occupant les culs-de-sac latéraux ou le Douglas et paraissant réclamer rapidement une intervention chirurgicale.

V. — La résorption de ces collections est rapide et est souvent une surprise pour le clinicien.

VI. — Le pronostic immédiat est très bénin, mais l'avenir lointain comporte des réserves, en raison de l'évolution possible des lésions tubaires, qui ont déterminé la poussée séreuse.

VII. — Le diagnostic se fera par l'âge, souvent jeune, des malades, l'absence de passé génital ancien (la péritonite séreuse enkystée pelvienne étant un accident de début de l'infection génitale), la constatation d'une infection blennorragique récente, le caractère nettement kystique de la collection et son contour plus arrondi que celui d'une distension tubaire.

VIII. — Le traitement sera uniquement médical et consistera principalement dans le repos au lit et en des irrigations vaginales et rectales.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VILLARD

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Octobre 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.	7
Introduction	9
Chapitre premier. — Pathogénie. - Etiologie. - Anatomie pathologique.	13
Chapitre II. — Etude clinique.	27
Chapitre III. — Traitement	43
Chapitre IV. — Observations cliniques	46
Conclusions	57
